

**Beschwerden, Ernährung und Verhalten
von Graviden, besonders im Hinblick
auf Genußmittel, in Oberbayern**

Horst Pöhla

1965

AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK DER
UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. W. Seitz

**Beschwerden, Ernährung und Verhalten
von Graviden, besonders im Hinblick
auf Genußmittel, in Oberbayern**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Horst Pöhla

Facharzt für Frauenkrankheiten

aus München

München 1965

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. K. STUHLFAUTH

Dekan: Prof. Dr. O. HUG

Tag der mündlichen Prüfung: 13.4.1965



INHALTSVERZEICHNIS

- I. EINLEITUNG
- II. METHODIK
- III. ERGEBNISSE
- IV. ZUSAMMENFASSUNG
- V. LITERATURVERZEICHNIS
- VI. LEBENSLAUF



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555206_0092

I. EINLEITUNG

Anlass zu dieser Zusammenstellung gab die in den letzten Jahren immer wieder in Presse, statistischen Veröffentlichungen und auch in der Fachliteratur auftauchenden Meldungen über den ständig zunehmenden Alkohol- und Nikotinkonsum in Deutschland mit entsprechenden Hinweisen auf seine Folgen. Man sprach nicht nur von Trinklust, sogar auch schon von Trunksucht und meinte auch, dass gerade das weibliche Geschlecht "die Mütter unserer Kinder" in ganz erheblichem, kaum geahnten hohen Prozentsatz an diesem Verbrauch beteiligt sei. Gerade letztere Behauptung fand unser Interesse, zumal populärmedizinische Hinweise auf die Schädlichkeit der Genussmittel bzw. -gifte auf die Schwangerschaft und die entsprechenden Folgen nicht fehlen und man fast den Eindruck gewinnen kann, als ob das meiste Übel in der heutigen Welt vom Rauchen und vom Trinken kommt, und es ausserdem so scheint, als ob viele Ärzte auch dieser Meinung sind. Es gibt nun leider, wie man von Patienten erfährt, nicht wenig Ärzte, die als erste therapeutische Handlung, gleichgültig, welche Erkrankung auch immer vorliegt, Rauchen und Trinken verbieten, auch ohne sich darüber zu informieren, ob irgendwelche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass beides eine ursächliche Bedeutung für das vorliegende Leiden und den derzeitigen Zustand hat.

Ein erfahrener Frauenarzt wird nun sofort auf Grund seiner langen Beobachtungen die Behauptung des schädigenden Einflusses des in Deutschland angestiegenen Alkoholkonsums auf unsere werdenden Mütter bestreiten können, denn er weiss ja aus Erfahrung, dass diese gar nicht so unvernünftig leben. Aber man muss ja auch in der Lage sein, eine Feststellung zu beweisen. Deshalb wurde versucht, einen statistischen Überblick darüber zu gewinnen, wie sich die Frau in der Schwangerschaft zum Alkohol- und Nikotingenuss stellt, bzw. in welchem Umfang überhaupt Alkohol genommen wird und ob Erscheinungen auftreten, die darauf hindeuten, dass die während der Schwangerschaft schon ohnehin etwas belastete Leber zusätzliche Schädigungen erfahren hat oder erfährt.

Zweifelsohne stellt die Schwangerschaft die grösste physiologische Leistung des weiblichen Körpers dar. Die verwickelten chemischen und hormonalen Einflüsse, die die wachsende Frucht und der Uterus auf die Mutter ausüben, die Ausscheidung der Stoffwechselschlacken, die den mütterlichen Körper belasten,

nehmen die Anpassungsfähigkeit des weiblichen Organismus oft bis über die Grenze des Physiologischen in Anspruch. Alle Organe und Organsysteme der Mutter werden von den Schwangerschaftsumstellungen berührt. Die grossen Zentralorgane des Stoffwechsels, Leber und Niere haben die Hauptlast zu tragen, abgesehen davon, dass Herz, Verdauungsorgane und Nervensystem den Einflüssen der Gravidität auch stark unterliegen.

Es war dem Untersucher bekannt, dass von anderer Seite zur Gewinnung geeigneter Unterlagen viele Frauenkliniken im ganzen Bundesgebiet besucht und in ihnen an Frauen kurz vor bzw. meist nach der Entbindung allgemeine Fragen über das Befinden und Verhalten in der Schwangerschaft gerichtet wurden, in denen nach einem vorher ausgearbeiteten Plan, über den nachfolgend noch kurz berichtet wird, die Frage nach Alkoholverbrauch und Nikotingenuss geschickt verborgen waren. Ich meine, dass dieses Vorgehen sicherlich verschiedenste Nachteile hatte. Der Fragende kannte die Patientinnen überhaupt nicht, hatte vorher keinen Konnex zu ihnen und musste zum Teil in grösseren Krankensälen die Befragung durchführen. Über die geistige Beweglichkeit der Frauen war ebenso wenig bekannt, wie über die Bereitwilligkeit, erschöpfende Auskünfte zu geben. Andererseits sind in den verschiedenen Bundesländern nun einmal die Lebensgewohnheiten, Ernährungsgepflogenheiten und sozialen Verhältnisse unterschiedlich, sollten aber in einer solchen Exploration Berücksichtigung finden. Ich selbst war deshalb in einer wesentlich günstigeren Situation. Als nicht unerfahrener Geburtshelfer suchte ich mir während der Schwangerschaftsuntersuchungen und -beratungen nur solche Frauen heraus, die mir seit längerer Zeit gut bekannt waren und von denen ich den Eindruck hatte, dass sie mir erschöpfende Auskunft über das mir wissenswert Erscheinende geben würden. Es bestand auch kein Zeitdruck, in dem meine deshalb in Deutschland herumreisende Kollegin aus verschiedensten Gründen stehen musste. Ich bestellte mir anlässlich der Feststellung der Beckenverhältnisse und Kindslage am Ende der Schwangerschaft die Frauen ausserhalb der üblichen Sprechstunde zur eingehenden Beratung und Beantwortung des mich interessierenden Fragenkomplexes in die Praxis und konnte so von vornherein Dinge ausschalten, die eine statistische Erhebung in puncto Ungenauigkeit immer belasten müssen. Nach dem sozialen Stand d.h. nach eigener Beschäftigungsart oder Beruf des Ehemannes einzuteilen oder sogar auch die Versicherungsart (bundesgesetzliche oder private Kassen) einzugehen, erwies sich als unzweckmässig, da bei der heute herrschenden sozialen Verschiebung dadurch kein klareres Bild erwartet werden konnte. So kam ich zwar langsamer zum Ziel, fühle mich aber berechtigt zu sagen, dass das von mir zusammengetragene Material (ich befragte 207 Patientinnen aus München und Oberbayern) ebenso wertvoll zur Bildung einer endgültigen Feststellung sei, wie

das grössere Zahlenmaterial des ganzen Bundesgebietes, selbstverständlich unter der notwendigen Berücksichtigung der nun einmal in Oberbayern anders liegenden Lebens-, Trink- und Essensgewohnheiten.

II. METHODIK

Mein Vorgehen war nun folgendes: Zuerst stellte ich Fragen, die sich mit dem Allgemeinbefinden der Patientin während der Schwangerschaft befassten. Manche Frauen fühlen sich ganz normal, andere sogar besonders wohl, und wieder andere haben kleine oder sogar grössere Beschwerden. Es wurde dann auf Art und Dauer der Erscheinungen eingegangen und gleichzeitig nach evtl. durchgemachten Erkrankungen der Leber und Gallenblase (evtl. Ikterus) gefragt, sei es in der Jugend, vor der Gravidität oder in vorausgegangenen und in dieser Schwangerschaft. Auf Störungen der Verdauung wurde dabei eingegangen, wobei sich am häufigsten von seiten des Darmes eine hartnäckige Obstipation zeigte.

Der zweite grosse anamnestische Fragenkomplex befasste sich dann mit evtl. gesteigerter Nahrungsaufnahme und Durstgefühl, Gelüsten, Abneigungen, Ekelgefühl und Widerwillen gegen früher gern Genossenes. Dabei wurden dann Fragen über Verträglichkeit von Nikotin und Alkohol erstmalig gestellt. Bei der Besprechung des evtl. Weggelassenen wurde dann auf mögliche Nahrungsumstellung und Änderungen der Trinkgewohnheiten eingegangen mit genauester Unter- teilung der genossenen Getränke und Alkoholika, wobei dann auch Vergleiche mit dem Verhalten vor der Gravidität angestellt wurden; besonders wieder im Hinblick auf den Nikotingenuss. Auch um eine Stellungnahme zum Alkohol und Nikotinkonsum im allgemeinen wurde kurz gebeten. Durch dieses systematische Vorgehen wurde dann ein Bild gewonnen, das das tatsächliche Verhalten der Patientinnen vor und während der Schwangerschaft zeigen dürfte.

Anschliessend wurden dann noch Fragen gestellt, die sich mit evtl. zusätzlich eingenommenen Nahrungs- bzw. sogenannten Kräftigungsmitteln beschäftigten bzw. mit einer evtl. Erregbarkeitssteigerung in der Schwangerschaft vor allem im Bereich des autonomen vegetativen Nervensystems und den möglicherweise dagegen genommenen oder verordneten Medikamenten. Die Frage der ärztlichen Betreuung betreffs Zeit und Art in der Gravidität beschloss dann die Erhebungen.

III. ERGEBNISSE

Nachfolgend werden nun in einigen Tabellen die erhobenen Feststellungen dargestellt.

TABELLE I

Alter	Anzahl	Erstgravide	Mehrgravide
bis 20 Jahre	27	26	1
bis 30 Jahre	127	78	49
bis 40 Jahre	48	14	34
über 40 Jahre	5	2	3
	207	120	87

Tabelle I gibt einen Überblick über die Zahl der befragten Frauen, deren Altersstufe und die Aufteilung in Erst- oder Mehrgravide.

TABELLE II

Allgemeinbefinden

	Anzahl	Erst-gravide	Mehr-gravide	Beschwerden			Gegenmassnahmen			
				a	b	c	α	β	γ	
normal	72	37	35							
besser	35	25	10							
Beschwerden	100	56	40	80	19	1	33	3	2	62

a = 1.-4. Monat	α = Antiemetica und Parasympaticolytica
b = ständig	β = Vitamin C + D
c = in den letzten Monaten	γ = Hausmittel
	= nichts

Tabelle II zeigt eine Aufstellung über das Allgemeinbefinden in der Gravidität. Es wurde grob in drei Klassen eingeteilt:

in 1) "normal", 2) "besser" und 3) "mit Beschwerden".

- 1) Unter "normal" sind die Frauen gemeint, die im Allgemeinbefinden gegenüber der Zeit vor der Schwangerschaft so gut wie keinen oder keinen wesentlichen bzw. erwähnenswerten Unterschied feststellen konnten, wenn man von der Zunahme des Leibesumfanges, den damit verbundenen Unbequemlichkeiten, Hautveränderungen und einer von der Freude auf das zu erwartende und gewünschte Kind ausgelösten Ausgeglichenheit und Heiterkeit absieht.

- 2) Unter "besser" sind die Frauen zusammengefasst, die von sich behaupten, dass sie sich nicht nur wohl, sondern sich sogar besser als je zuvor fühlten und bei denen die sonst bemerkten kleinen täglichen Unpässlichkeiten wie nervöse Erscheinungen, Verdauungs- und Schlafstörungen, Unruhe und Kopfschmerzen fast schlagartig beseitigt waren.
- 3) Unter "mit Beschwerden" ist dann die Gruppe der Frauen gemeint, bei denen in der Gravidität die verschiedensten das Allgemeinbefinden beeinträchtigenden und auch den Laien bekannten Erscheinungen auftraten: Steigerung der Nahrungsaufnahme und des Flüssigkeitsbedürfnisses, Störungen des Appetits und Auftreten verschiedener Gelüste und mannigfacher Übelkeits- und Ekelgefühle, Aufstossen, Sodbrennen und das sog. Schwangerschaftserbrechen, abnorme Empfindlichkeit gegen Gerüche, besonders gegen Küchengerüche und Veränderungen der Geschmacksempfindung, die sich bis zum völligen Geschmacksverlust steigern. Daneben Ohnmachtsanfälle, besonders in stark gefüllten Räumen, belebten Strassen und bei Aufregungen usw., Neigung zu trübsinnigen Betrachtungen, erhöhte nervöse Reizbarkeit, rascher Wechsel der Stimmung und Launenhaftigkeit und das Auftreten einer Art von Schlafsucht als Zeichen, dass das Zentralnervensystem sich in einem wesentlich labileren Gleichgewichtszustand befindet als ausserhalb der Schwangerschaft. Auch an den sensiblen Nerven verschiedener Körperstellen auftretende Paraesthesien und neuralgische Schmerzen, am häufigsten im Gebiet des Ischiadicus in Form der lästigen Wadenkrämpfe usw. wurden als Beschwerden aufgeführt.

Die weitere tabellarische Unterteilung bezieht sich dann auf das zeitliche Auftreten dieser Beschwerden und Erscheinungen

- a) in den ersten Monaten
- b) während der ganzen und
- c) nur am Ende der Schwangerschaft.

Es wurde dann auch noch aufgezeichnet, ob überhaupt und welche Gegenmassnahmen gegen die verschiedenen Erscheinungen ergriffen wurden und zwar unter:

Antiemetica und Parasympaticolytica

Vitaminpräparate

Hausmittel

überhaupt keine Gegenmassnahmen.

Es ist danach festzustellen, dass nur etwa die Hälfte aller befragten Frauen irgendwelche Beschwerden und davon auch nur der Grossteil (55 %) im ersten Drittel der Schwangerschaft hatten. Die weitaus häufigste und lästigste der Beschwerden sind das Erbrechen, das meist frühmorgens nüchtern eintritt. Gewöhnlich geht es mit Schwindelgefühl und Kollapsneigung einher. Es kann aber auch

nach dem Mittagessen oder nach anderen Mahlzeiten, ja zu jeder Tages- und bisweilen selbst Nachtzeit auftreten. Es wird dabei ohne grösseres Würgen der wässrige schleimige Mageninhalt entleert, ohne dass die Schwangere in ihrem Befinden und in ihrem Ernährungszustand ernstlich leidet. Obwohl über die Ursache der fast physiologischen Emesis gravidarum der ersten Monate noch immer keine völlige Einheitlichkeit in der Auffassung erreicht ist, ist man doch wohl heute mehr denn je berechtigt zu sagen, dass der Psyche eine überragende Bedeutung zukommt, sonst würde nicht nur die Suggestion so prompte Erfolge zeigen, sondern würde auch die durch den Pressefeldzug gegen das Contergan und verschiedene Piperazine hervorgerufene Tablettenfurcht nicht zur Folge haben, dass die Hyperemesis gravid. in geradezu auffälliger Weise zurückgegangen ist, wie von fast allen Geburtshelfern beobachtet wurde. Deshalb haben auch die oben angegebenen Zahlen, da sie in den letzten zwei Jahren erhoben wurden, keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit mehr. Man übt jetzt, nachdem die embryotoxische Wirkung des Thalidomids (Contergan) in erschütternder Weise die Gefahren eines Arzneimittelgebrauchs in der Schwangerschaft offenbart zu haben scheint und nachdem das Phenmetrazin (Preludin) und sämtliche Meclizininpräparate (Bonamine, Postafen, Peremesin und andere) vielleicht zu dem Kreis der Medikamente mit möglicher embryotoxischer Wirkung beim Menschen gehören, grösstmögliche Zurückhaltung im Arzneimittelgebrauch und greift auf sogenannte Hausmittel zurück, nach deren Anwendung der fast immer zu beobachtende Erfolg wohl grösstenteils auf suggestivem Einfluss beruht. Als solche werden am häufigsten kalte oder warme Milch, Magentees, starker Bohnenkaffee auf nüchternen Magen, ungekochte oder sogar unreife Äpfel, trockenes Brot und immer wieder wird "Klosterfrau Melisengeist" angegeben.

TABELLE III

Leber-, Gallenwegerkrankungen

Gelbsucht: 24 = 11,5 %				Leber-, Gallenwegerkrankungen: 28 = 13,5 %			
Als Jugendliche		Als Erwachsene		vor der Gravidität		in der Gravidität	
19		5		19		9	
kurz	lang	kurz	lang	Kolik	Druckschmerz	Kolik	Druckschmerz
19	-	4	-	6	13	1	8

Tabelle III zeigt die bei meinen Erhebungen angegebenen Lebergallenwegserkrankungen, sei es ante, sei es in graviditate. Wer aber weiss, welche erheblichen Schwierigkeiten schon bei der diagnostischen Erfassung von Erkrankungen des Lebergallenwegssystems, besonders der Frühfälle, zu überwinden sind und wie relativ

selten Frühsymptome mit Beeinträchtigung des subjektiven Befindens und der Leistungsfähigkeit sind, wird diese Angaben mit der entsprechenden Kritik aufnehmen. Ausserdem versagen auch in den Intervallphasen gerade die üblichen Leberuntersuchungen - Harnanalyse, Bilirubinbestimmung im Blutserum, BKS, Blutstatus, Cholecystographie usw. - Es kann daher als sicher angenommen werden, dass die Erkrankungszahl wesentlich höher liegt. Ein vielleicht nicht einmal ganz geringer Teil der "normalen Schwangerschaftsbeschwerden", der der unbestimmten Schwächezustände, von denen sich Frauen oft Jahre nach Geburten nicht erholen können, sind sicherlich auch durch fortdauernde Störungen der Leberfunktion bedingt. Hinzu kommt noch, dass so gut wie keine Patientin weiss, ob sie im eigentlichen Sinne leberkrank war und um was für eine Erkrankung es sich gehandelt hat. Man erinnert sich lediglich an eine in der Jugend oder schon im Erwachsenenalter durchgemachte "Gelbsucht". Da der frühere Ikterus catarrhalis wohl fast immer eine Hepatitis epidemica war, muss also eine Lebererkrankung vorgelegen haben. Ich teilte aber trotzdem in Gelbsucht (11,5 % der befragten Patientinnen) und Lebergallenwegkrankheiten (13,5 %) ein, da doch beides zusammengehört. Nur von einer Patientin konnten mir genauere Angaben gemacht werden über einen lang dauernden Ikterus im 20. Lebensjahr. Nach ihren Angaben aber soll es sich um eine Malariahepatitis (?) gehandelt haben, aber ohne jetzt noch nachweisbaren Befund an der Leber. Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett verliefen hier übrigens ohne besondere Komplikationen, wenn man von einer starken Hypotonie ab sieht.

Bei den 19 Frauen, die vor der Gravidität Koliken und Druckschmerzhaftigkeit unterhalb des rechten Rippenbogens hatten, dürfte es sich wohl in der Hauptsache um eine Cholelithiasis evtl. mit Cholangitis und Cholecystitis gehandelt haben, zumal Fettintoleranz, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Aufstossen, Magen-, Darmbeschwerden, Obstipationen oder Durchfälle, Meteorismus und Flatulenz im Vordergrund standen. Genaue diagnostische Angaben waren in fast keinem Fall zu erhalten. Bei den 9 Patientinnen, bei denen erst in der Schwangerschaft (nur im letzten Drittel!) ziehende Schmerzen in der Gallenblase - Lebergegend (eine allerdings mit Koliken) auftraten, dürften zum Teil auch Lageveränderungen der Leber als Ursache angenommen werden. Durch Hochdrängung kommen evtl. Abknickungen mit Stauungen der Gallengänge zustande, besonders des Cysticus vor allem bei anatomisch besonderen Varianten von Gallenblasenform, -grösse und -aufhängung. Diese mechanischen Störungen finden während der Gravidität noch eine besondere Aggravierung durch die behinderte Zwerchfellatmung mit der entsprechend ausfallenden Saugwirkung für den Blutabstrom.

Ausserdem kann als Folge der Leberverlagerung unter Umständen sogar eine Be-

hinderung des Gallenflusses in den Gallengängen einschliesslich der Gallenblase eintreten. Gleichzeitig kommt es intra graviditatem zu einer Erschlaffung der Gallenblase und einer erhöhten Cholesterin- und Oestradiolausscheidung in die Galle, die zusammen mit der vermehrten Durchlässigkeit der Leber für Serum-eiweiss (Gerüststoffe für die Kristalleinlagerung!) die Steinbildung stark fördert.

Bei 64 % der von mir befragten Frauen traten in der Gravidität keine Störungen oder Veränderungen in der Verdauung bzw. beim Stuhlgang ein, während ein anderer Teil (26 %) über eine bisher nicht bekannte Obstipation berichtete: eine Erscheinung, die durch Verlagerung des absteigenden Colon und Druck des kindlichen Körpers bzw. Uterus auf Flexur und Rectum und die dadurch bedingte Erschwerung der regelrechten Fortbewegung des Darminhaltes wohl vorwiegend mechanisch zu erklären ist, wenn man von der von verschiedenen Autoren festgestellten verminderten Tonisierung des Dickdarmes absehen will. Andererseits kommt umgekehrt gar nicht so selten eine Überregbarkeit der unteren Darmabschnitte vor, sonst wäre die Feststellung schwer zu erklären, dass fast 10 % der Patientinnen während der Gravidität ohne die sonst gewohnten Abführmittel auszukommen angaben. In diesem Zusammenhang sei noch ein Fall erwähnt, bei dem sich die Überregbarkeit bei mehreren Graviditäten jeweils in einer idiopathischen Schwangerschaftsdiarrhoe äusserte, da man hier eine Infektion durch bakteriologische Kontrollen ausschliessen konnte. Gegen die Obstipation wurden fast durchweg die gebräuchlichen Laxantien und Purgativa genommen und nur in wenigen Fällen hatten diätetische Massnahmen den gewünschten Erfolg. Nicht unerwähnt seien noch die relativ häufig (15 %) angegebenen Blähungen.

Wenn dann die Frage nach evtl. Gelüsten oder Abneigung gegen gewisse Speisen, Getränke oder Gerüche gestellt wurde, kam man auf ein Gebiet, auf das von allen Frauen bereitwillig und ausführlich eingegangen wurde. Dazu ist aber erst einmal eine Feststellung notwendig. Alle Gestationsvorgänge (Gravidität, Geburt, Wochenbett, Laktation) sind rein vegetativer Natur, werden ausschliesslich vom autonomen Nervensystem gesteuert und sind, wie zahlreiche Tierversuche und Erfahrungen am Menschen bewiesen, an sich völlig unabhängig vom zerebrospinalen Nervensystem und vom Willen. Seelische Ereignisse sind für den Ablauf der Gestationsvorgänge dadurch von grosser Bedeutung, dass sie über die autonomen Zentren die glatten Muskeln der Eingeweide und der Gefässe, also Nahrungsaufnahme und Blutversorgung, zu beeinflussen vermögen. Bei diesen Zusammenhängen ist es daher nicht auffällig, dass in der Schwangerschaft, zumal im Anfang, die Tätigkeit der vegetativen Zentralorgane im Zwischenhirn, die bekanntlich die Triebe und Instinkte steuern, mancherlei Abänderungen in ihrer Ansprechbarkeit erfahren; bei verzärtelten Kulturmenschen anscheinend im höheren Grade als bei Naturmenschen. Solche sind einer-

seits: Übelkeit, Anorexie, Abscheu vor gewissen Speisen, Widerwillen gegen Gerüche usw., auf der anderen Seite starkes Verlangen nach bestimmten Stoffen, wie saure Speisen, Kalk, Kreide usw. und die bekannten in den ersten Monaten der Schwangerschaft ausserordentlich häufig angegebenen "Gelüste".

Es sind das plötzlich und zwangsweise ohne irgendeine erkennbare äussere Anregung oder Assoziation auftretende, zur Befriedigung drängende und rasch wechselnde Begehren nach Nahrungs- und Genussmitteln der verschiedensten Art. Es gibt Gelüste nach Süssigkeiten, Pudding, Sahne, Früchten, Gewürzen, warme Würstchen, sauren Nahrungs- und Genussmitteln (Hering, Sauerkraut, Sauerampfer, Zitronen), nach jahreszeitlich unerreichbaren Speisen (frischen Erdbeeren oder Kirschen im Winter), nach rohem Fleisch oder Gemüse (Radieschen, Rettich, Salat und dergl.). Es liegt dabei meistens keine Steigerung schon vor der Gravidität bestandener Liebhabereien, sondern ein schwer verständliches Neuhervortreten solcher vor. Speziell den im Anfang der Gravidität vorherrschenden Wunsch nach sauren Speisen hat man auf die häufige Verminderung der freien Salzsäure und der Gesamtsäure des Magensaftes zurückgeführt. Umgekehrt könnte das Verlangen nach Alkalien, wie z.B. nach Kreide, Kalk usw., der Säurebindung in den Fällen der seltenen Hyperazidität, andere Male der Besserung des angebl. erhöhten Kalziumbedarfes der Graviden dienen. Bekannt ist die Redensart: Jedes Kind kostet der Mutter einen Zahn, und die Meinung, durch calciumreiche Ernährung liesse sich nicht nur dieser Zahn erhalten, sondern auch die Schmerzhaftigkeit der Knochen und das "Ziehen in den Zähnen" bekämpfen. Jedoch scheint eine Zunahme der Karies-Frequenz während der Schwangerschaft nicht sicher erwiesen zu sein (Glatzel). Anscheinend bestehen auch noch ungeklärte und merkwürdige Abweichungen der Forschung über die Höhe des Kalziumbedarfes in der Schwangerschaft. "Das Serum-Kalzium steigt ab dem zweiten Monat und erreicht den höchsten Wert im allgemeinen im achten Monat, um dann zunächst langsam, nach der Geburt des Kindes steil abzufallen." (Glatzel) Andere Autoren fanden ein gleichmässiges Absinken während der ganzen Gravidität. Nicht recht erklärlich ist auch die Feststellung Toveruds, dass bei Schwangeren mit Tageszufuhr von 1,6 bis 1,8 g Kalzium negative Bilanzen auftreten sollen. Für den Aufbau des fetalen Organismus sind 40-50 g Kalzium nötig (Hummel und Mitarbeiter) und es fragt sich, ob diese Mengen bei der gewohnten Zufuhr zur Verfügung gestellt werden können, ohne dass die Mutter Schaden leidet. Man geht wohl deshalb sicherer, für die zweite Hälfte der Schwangerschaft eine höhere Kalzium-Zufuhr mit der Nahrung anzustreben, selbst wenn die Notwendigkeit solcher Mengen (1,5 Kalzium/Tag) nicht erwiesen scheint.

In naher Beziehung zu den Gelüsten stehen andere Affektverschiebungen bzw.

übermäßige Affektbetonungen: Die Ekelgefühle, bei denen eine assoziative Verknüpfung fast immer gegeben und möglicherweise eine Unlust gegenüber der eingetretenen Schwangerschaft vorhanden ist. Es handelt sich dabei weniger um eine Überempfindlichkeit als um eine übertriebene negative Gefühlsbetonung oder um pervers empfundene Geruchssensationen. Ein zuweilen bis zu wahren Ekel sich steigender Widerwille kann gegen gewisse Nahrungs- und Genussmittel oder Getränke (Fleisch, Fisch, Mehlspeisen, Kuchen, Eier, Schokolade, Eis usw.), gegen Küchendünste (gebratenes Fleisch, Bohnen, Kohl usw.), gegen Tabakrauch, Ausdünstungen der Haut, Gerüche von alten Kleidern, Tieren, Dunghaufen, Waschmitteln, Seifen, Parfum, Lippenstifte, Zahnpasta und dergl. bestehen. Aber es treten auch andere Ekelgefühle oder Aversionen auf, nämlich solche, die sich gegen gewisse Personen, meist den Ehemann, als den Erzeuger des ungewollten Kindes, oder gegen Hausangehörige, manchmal auch gegen bisherige Lieblingshunde oder Katzen richten, wie mir ein Fall in früheren Jahren erinnerlich ist.

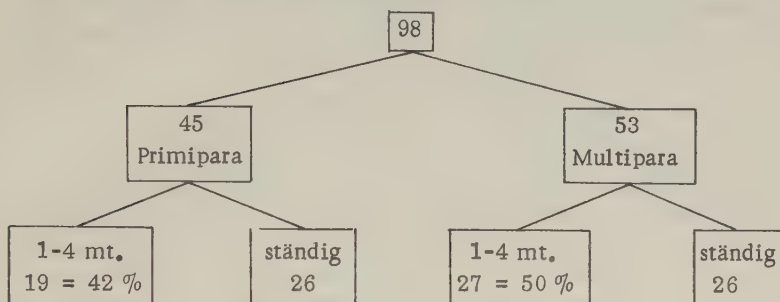
Das von den Frauen als Sodbrennen bezeichnete saure brennende Gefühl in Speiseröhre und Schlund, das ich bei ca. 40 % der untersuchten Schwangeren fand, wird man wohl richtig mit der schlaffen und wenig schlussfähigen Kardia in Zusammenhang bringen können, wodurch ein Rückfluss des sauren Magensaftes in die Speiseröhre zustande kommt. Es handelt sich dabei offenbar um eine Teilerscheinung der Hypotonie des ganzen Intestinaltrakts bzw. eine Veränderung des His'schen Winkels zwischen Oesophagus und Magenfundus. In gleicher Weise, d.h. durch die mechanische Verlagerung des Magens, dürfte das sog. "Herzwasser", worunter man bekanntlich das Regurgitieren von reichlich gebildetem Magensaft bis zur Schlundgegend versteht, zu erklären sein. Über die Hälfte der Frauen versuchte durch die verschiedensten Säurebinder (60 %) das lästige Sodbrennen zu bekämpfen, der Rest probierte es mit den verschiedensten Hausmitteln, bzw. mit von der Umgebung empfohlenen unwahrscheinlichsten Mitteln, die in ihrer unendlichen Vielfalt (Sauerkraut!, altes Schwarzbrot, heiße Milch usw.) hier aufzuzählen nicht notwendig erscheint. Lediglich soll Erwähnung finden, dass in einigen Fällen nichts gegen das auch noch so lästige Sodbrennen unternommen wurde, weil der Glaube oder besser der Aberglaube herrschte, es sei das Zeichen, dass ein Knabe zu erwarten sei oder dass es das Wachstum der Haare des zu erwartenden Kindes begünstige. Ich habe aber bewusst bei der Aufzählung der verschiedenen Gelüste und Ekelgefühle auf besondere Kuriositäten, Absonderlichkeiten und Perversitäten verzichtet, die zwar recht unterhaltsam und zur Belustigung geeignet, aber nicht dem Zweck dieser Zusammenstellung dienlich wären. Wesentlicher war die Feststellung, dass geschilderte Erscheinungen nicht in allen Abschnitten der Schwangerschaft die gleichen waren, dass Unterschiede bei Erst- und Mehrschwangeren bestanden,

dass von Multiparae bei jeder Gravidität andere Zustände angegeben wurden, ja dass es soweit ging, dass bei mehreren vorausgegangenen Schwangerschaften der selben Person die verschiedenartigsten Erscheinungen aufgetreten waren, manchmal überhaupt keine oder nur wenige Beschwerden bemerkt wurden und dann aber wieder das Gegenteil.

TABELLE IV

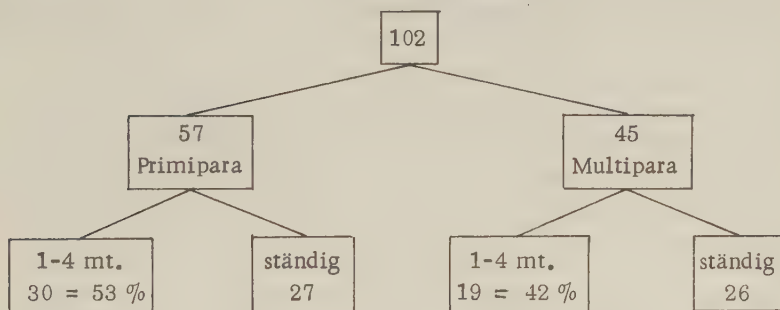
Gelüste

98 = 47 % der befragten Frauen



Abneigungen

102 = ca. 49 % der befragten Frauen



In der Tabelle IV sind nun die einzelnen Prozentzahlen aufgezeichnet, die besagen, dass von allen befragten Frauen 98 (= ca. 47 %; 45 Primipara, 53 Multipara) über Gelüste und 102 (= ca. 49 %; 57 Primipara, 45 Multipara) über Abneigungen berichten, wobei die Gelüste bei den Erstschwangeren bei 42 %, die Abneigungen bei 53 % nur in den ersten 1-4 Monaten bestanden, bei allen anderen hielten sie über die ganze Gravidität an. Bei den Mehrschwangeren liegen die Prozentzahlen ähnlich (bei Gelüsten 50 %, bei Abneigung 42 % nur in

den ersten 4 Monaten, sonst die ganze Zeit). Bei einer weiteren Unterteilung bei Gelüsten a) auf Süsses b) auf Saures c) auf Obst, d) auf Absonderheiten, liegen die Werte bei a bis c ca. gleich, nur bei d) ist der Prozentsatz ganz niedrig (bei ca. 10 %). Bei den Abneigungen ähnlich. Die Prozentsätze bei oben angegebenen Nahrungs- und Genussmitteln liegen ca. gleich, lediglich liegt, was besonders interessierte, die plötzliche Abneigung gegen Alkohol und Nikotin bei 15-20 % der befragten Frauen, d.h. beides wurde einfach nicht mehr vertragen, ja sogar ihr Geruch verursachte Widerwillen. Jedoch kann man sagen, dass in der Regel während der Schwangerschaft die Essensgewohnheiten beibehalten wurden, es sei denn, oben geschilderte Erscheinungen zwangen zu einer gewissen Umstellung. Nur eine Beobachtung fällt stark auf: Fast alle werdenden Mütter nahmen mehr Obst, Gemüse und Fruchtsäfte.

Von Ernährungsphysiologen wird immer wieder diskutiert, dass unsere übliche Volksernährung Lücken aufweisen soll: Der Verbrauch an frischem Gemüse und Obst, den Hauptträgern an Vitamin C, sei niedrig, und dieser Mangel ist vor allem im Winter und Frühjahr, also etwa 5-6 Monate lang, besonders gross. Dass er sich in den verschiedenen Teilen des Landes d.h. in Grossstädten, Industriebezirken oder in reinen Landwirtschaftsgegenden anders verhält, liegt auf der Hand. Aber gerade von Frauen der ärmeren Bevölkerungsschichten werden Gemüse und Obst nur in ungenügenden Mengen verzehrt und meist noch in einer Zubereitung, durch die ein grosser Teil der Vitamine vernichtet wird. Besonders schädlich wirke sich in dieser Beziehung die aus Sparsamkeitsgründen vielfach geübte Herstellung grösserer für mehrere Tage ausreichender Gemüse-, Kartoffelmengen und deren wiederholtes Aufwärmen aus. Nun sind die Vitamine in der Schwangerschaft besonders unentbehrlich. Wegen des erhöhten Stoffwechsels der Mutter und der Notwendigkeit, auch die Frucht zu versorgen, ist eine grössere Zufuhr erforderlich als ausserhalb der Gravidität. Diesem Umstand tragen die werdenden Mütter aller Berufsschichten in geradezu bestechenderweise Rechnung. Ob dies nun instinktiv geschieht oder das Ergebnis einer allgemeinen Aufklärung ist, wird schwer zu entscheiden sein. Es sei lediglich die Tatsache festgestellt, dass die Hauptvitaminträger fast in allen Fällen vermehrt genommen werden. Trotzdem werden nach meinen Erfahrungen noch relativ häufig Paraesthesien, Extremitätenschmerzen, Taubheitsgefühl und sog. Neuritiden (Baisch, Wechsler und Hasselbach beobachteten das gleiche) in der Gravidität angegeben. Diese Fälle werden durch Vitamin-B-Zufuhr oft rasch und manchmal sogar schlagartig beschwerdefrei (Stähler, Hildebrandt u.a.). Man kann deshalb evtl. daraus, wie es auch oben genannte Autoren getan haben, auf einen durch Mehrverbrauch bedingten Vitamin B₁ und B₂ Mangel schliessen.

Nun einige Bemerkungen zum Wasserhaushalt der Graviden. Schon das Wachstum der Frucht verlangt eine genügende, aber vielfach bedeutend überschätzte Wasseraufnahme durch die Mutter, d.h. die Menge der zugeführten Flüssigkeit muss erhöht werden. Die Ausschwemmung der mütterlichen und fötalen Stoffwechselprodukte und -toxine wird durch reichliche Flüssigkeitsaufnahme wesentlich gefördert. Die Auflockerung des Gewebes, die Vermehrung der Blutmenge in der Schwangerschaft (Plasmavolumenzunahme ca. 49 % nach Geigy Tabellen) und die dadurch bewirkte physiologische Hydrämie erhöht gleichfalls den Wasserbedarf. Schwangere haben daher viel oder besser gesagt vermehrten Durst. Sie sollen diesem Verlangen nach Flüssigkeit durch Trinken ruhig bis zur Durststillung nachgeben. Stark kohlensäure Mineralwässer oder Limonaden sind unzweckmässig, da sie durch Auftreibung des Magens erhebliche Belästigungen hervorrufen. Gegen die Genussmittel Kaffee, Tee und Kakao in den üblichen Mengen und Aufgüssen ist nichts einzuwenden.

Der "schwarze" Tee (nicht Kräutertee) in der gewöhnlichen starken Verdünnung (4-5 g Teeblätter auf 250 g Wasser) enthält nur etwa 0,1 g Koffein (= Teein). Stärkerer Tee (8 g auf 250 g Wasser) kann bei empfindlichen Personen Schlaflosigkeit, Zittern der Hände, Herzklopfen und ähnliche Beschwerden auslösen.

Auch gegen Kakao ist sowohl als Aufguss wie in fester Form (Schokolade) nichts einzuwenden. Da er stets stark mit Zucker vermischt ist, kommt ihm ein gewisser Nährwert zu. Kakao sättigt stark und das Sättigungsgefühl hält längere Zeit an. Seine obstipierende Wirkung ist wesentlich geringer als allgemein angenommen wird, sein Einfluss auf Schlaf, Nerven und Herz bei dem geringen Theobromingehalt ohne Belang.

Auch der Kaffee ist besser als sein Ruf. Für Erwachsene ist er in der üblichen Menge nicht schädlich, und man sollte den schwangeren Frauen dieses ihr Lieblingsgetränk nicht ohne Not verbieten. Der Kaffee kann jedoch im Übermass und überstark genossen immerhin eher Schaden anrichten als Tee. Dass er als starker Aufguss und abends getrunken den Schlaf stört, ist bekannt. Für nervöse Frauen eignet er sich wegen seiner zu stark anregenden Wirkung nicht.

Dass Milch- und Obstsäfte nach obigen Ausführungen gern getrunken und immer wieder empfohlen werden sollen, bedarf keiner weiteren Betonung.

Bei der Befragung nach bestimmten Getränken wurde zuerst versucht einen Gesamtüberblick zu erhalten, um nicht erkennen zu lassen, dass mein Hauptinteresse dem Genuss der Alkoholica galt.

TABELLE V

Getränke vor der Gravidität
a = täglich bzw. überwiegend
b = hin und wieder

Kaffee		Tee		Milch		Obstsäfte	
170 = 82 %		110 = 53 %		123 = 59 %		114 = 55 %	
a	b	a	b	a	b	a	b
115	55	67	43	41	82	43	71

Alkoholica

Bier	Nährbier	Schnaps	Cognac	Likör	Wein und Sekt
117	10	57	52	63	83
a 51	2	1			
b 53	7	1			2
c 13	1	55	52	63	81
54 %		1 %		1 %	

a = täglich
b = häufig
c = selten

In der Tabelle V sind nun die Art der genossenen Getränke und Alkoholica vor der Gravidität übersichtlich aufgegliedert. Dabei fällt besonders ins Auge, dass 82 % der Frauen sich den Kaffeegenuss nicht entgehen lassen und ca. 50 % regelmässig das bayerische "Nationalgetränk" "ihr" Bier mögen, dass aber stärkere Alkoholica (Schnaps, Liköre, Wein und Sekt) nur von 1 % der befragten Frauen täglich, sehr häufig oder häufig genommen werden.

Wie sich dann während der Schwangerschaft die Trinkgewohnheiten ändern, ist in Tabelle VI aufgezeigt.

TABELLE VI

Änderungen der Trinkgewohnheiten in der Gravidität erfolgten bei
125 der befragten Frauen = 64 %

1.	Mehr Milch, Kakao und Joghurt	40	20 %			
2.	Mehr Nährbier	31	15 %			
3.	Mehr Obstsaäfte	35	17 %			
4.	Neu (1-3) hinzugekommen	86	41,5 %			
5.	Bier abgesetzt	12	10 %	a	aus Prinzip	4
				b	nicht mehr vertragen oder ohne Appetit	8
6.	Andere Alkoholica abgesetzt	53	25 %	a	aus Prinzip	17
				b	nicht mehr vertragen oder ohne Appetit	36
7.	Alkoholica eingeschränkt	6	3 %			

Es wird danach deutlich, dass Alkoholica in der Gravidität weniger konsumiert werden.

Alkohol und Tabak pflegen wir als Genussmittel zu bezeichnen. Genussmittel sind Mittel, die das Leben zu verschönen in der Lage sind, sie sind dazu da, Freude zu bereiten und den Menschen über manche Sorgen hinwegzuhelfen. Alkoholische Getränke lockern auf, nehmen Hemmungen, fördern Kontakte, beleben und entspannen. Dasselbe gilt, wenn auch in geringerem Masse, für die Zigarette. Damit kommt aber diesen Genussmitteln, namentliche für den heutigen Menschen, eine absolut positiv zu bewertende Bedeutung zu (Jores). Dieses Positive wird mit kleinen Dosen erreicht. Aber leider ist es so, dass der rechte Gebrauch und der Missbrauch sehr eng beieinanderliegen. Ob nun der regelmässige tägliche Genuss kleiner Quantitäten der Genussmittel auf die Dauer die Funktionen lebenswichtiger Organe besonders bei Frauen, deren Körper an sich gegen alle toxischen Einwirkungen weniger widerstandsfähig sein soll als der des Mannes (so wird wenigstens häufig behauptet) beeinträchtigt, erscheint doch recht fraglich. Die schweren gesundheitlichen Schädigungen, die der ausgesprochene Alkoholismus in Gestalt tiefgreifender histologisch-anatomischer Veränderungen besonders in der Leber hervorruft, sind jedoch so bekannt, dass viele Frauen sich dem Druck dieser Erkenntnisse fügen. Obige statistische Erhebungen zeigen doch wohl mit aller Deutlichkeit, dass unsere jungen Frauen (um die handelt es sich hier hauptsächlich) und werdenden Mütter

recht wohl wissen, wie sie zu handeln haben. Man darf wohl auch sagen, dass kleine Mengen von Alkohol sogar ausgesprochen gesundheitsdienlich sind, und zwar deswegen, weil sie Spannungszustände lockern und aufheben, von denen wir heute so genau wissen, dass sie die Wurzel für funktionelle Störungen, ja, für Krankheiten sein können.

Die sicher beunruhigende Tatsache des steigenden Ver- und Missbrauchs von Alkohol und Tabak sollten nicht dazu veranlassen, die positiven Seiten, die beiden anhaften, dabei völlig zu übersehen. Erfreulicherweise ergab meine Feststellung eindeutig, dass 64 % der befragten werdenden Mütter ihre Trinkgewohnheiten (siehe Tabelle) dahin änderten, dass die auch sonst schon nicht reichlich genossenen Alkoholika weitgehend eingeschränkt oder ganz abgesetzt wurden zugunsten von Getränken, die dem belasteten Organismus besser zuträglich sind bzw. sein sollen, wie Milch, Joghurt bzw. das immer wieder gern genossene Nährbier.

Nun zum Tabak. Es ist eine feststehende Tatsache, dass das Zigarettenrauchen seit Jahren unter den Frauen eine starke und immer noch zunehmende Verbreitung gefunden hat. Eine falsch verstandene Gleichberechtigung führte vielleicht die Frau zur teilweisen Übernahme des männlichen Lebensstils. Es kann aber wohl auch nicht zweifelhaft sein, dass der steigende Zigarettenverbrauch eine ernste Gefährdung unserer Volksgesundheit darstellt, schon deshalb, weil in der Bundesrepublik 1961 für Tabak etwa 8 Milliarden Mark ausgegeben wurden, was einen nicht unerheblichen Prozentsatz des Volkseinkommens bedeutet. Das Nikotin ist nun einmal eines der stärksten Gifte, die wir kennen. Es besitzt jedoch eine ausserordentlich grosse "therapeutische" Breite, so dass zwischen Genuss und Toxizität eine weite Spanne liegt. Inwieweit es das Bronchialcarzinom fördert, ist noch umstritten, seine Spätwirkung auf die Gefässe (Raucherbein!) scheint jedoch statistisch gesichert. Der schädigende Einfluss auf das autonome Nervensystem, den Herzmuskel und das Überleitungssystem ist bekannt. Um so erfreulicher ist die Feststellung in der nächsten Tabelle, dass das Rauchen bei den Frauen doch wohl nicht so verbreitet ist, wie man im allgemeinen anzunehmen geneigt ist. Nur 28 % der befragten Frauen waren Raucherinnen und davon waren fast die Hälfte nur Gelegenheitsraucherinnen, d.h., man rauchte "nur zur Gesellschaft" mit.

TABELLE VII

Nikotin (Zigaretten-) genuss
Von 57 = 28 % der befragten Frauen rauchten

gelegentlich	täglich bis 5	täglich bis 10	täglich bis 20
23	16	13	5

Änderungen in der Gravidität
35 d.h. fast 62 % der Raucherinnen

aufgehört	nicht mehr vertragen	eingeschränkt
15	8	12

Die starken Raucherinnen (d.h. bis zu 20 Zigaretten täglich und evtl. mehr) sind doch relativ selten (nur 5 Frauen, d.h. ca. 2,5 % der befragten Patientinnen). Und wenn man dann noch feststellen konnte, dass von den relativ wenig Raucherinnen fast 62 % in der Gravidität diese Gwohnheiten änderten, d.h. entweder einschränkten oder ganz einstellten, aus Prinzip oder, weil die Zigarette nicht mehr vertragen wurde (siehe Tabelle), dann ist man wohl zu der Behauptung berechtigt, dass der Nikotinkonsum unserer werdenden Mütter unerheblich und wesentlich geringer ist, als immer wieder behauptet wird.

In dem für den Erhalt obiger Zahlen und Feststellungen fertiggestellten einheitlichen Fragebogen für das ganze Bundesgebiet sollte dann noch, wie oben schon erwähnt, eruiert werden, in welchem Masse zusätzlich sogenannte Kräftigungs- und Stärkungsmittel genommen wurden, um dem zu erwartenden Kind "etwas Gutes" zu tun. Da es sich nun bei den von mir befragten Frauen fast ausschliesslich um von mir in der ganzen, zumindest aber in einem grossen Teil der Schwangerschaft betreuten Patientinnen handelte, waren derartige Befragungen durch mich wertlos, denn schon bei der Feststellung einer Gravidität oder bei der ersten Konsultation wurden die Patientinnen aufgeklärt, dass bei den Ernährungsgewohnheiten des deutschen Volkes die vom ärztlichen Gesichtspunkt für die Schwangeren notwendigen Träger an Hauptnahrungsstoffen und akzessorischen Nährstoffen tatsächlich angeboten werden. Es wurden folgende Ernährungsregeln gegeben:

Mässigkeit im Essen, gemischte und abwechslungsreiche Kost, Bevorzugung der Kohlehydrate, vor allem in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, Einschränkung von Fleisch, Fett und Kochsalz, besonders in den letzten drei Monaten, reichlich Zugabe von frischem Gemüse, Obst, genügend Flüssigkeitsaufnahme ohne Alkohol. Lediglich wurden, da Ernährungsphysiologen immer wieder be-

haupten, dass unsere Nahrungsmittel angeblich vor allem zu wenig Mineralien, insbesondere Kalzium, Eisen, Phosphor enthalten und dies besonders in den Monaten Januar bis April der Fall sei, wo Obst und frisches Gemüse knapp seien, Kalkpräparate wie Eisen-Kobalt-Vitamin C, wie sie die pharmazeutische Industrie in vielen Varianten anbietet, zusätzlich empfohlen bzw. verordnet, obwohl die Frage, wieviel die schwangere Frau wirklich mehr an Calcium, Vitamin A, B₁, C und D braucht, noch offen ist. Die Empfehlung höherer Zufuhr beruht wohl auf dem berechtigten Bestreben, nichts zu unterlassen, was vielleicht Schaden verhüten und Nutzen stiften könnte. Die Notwendigkeit einer erhöhten Eisenzufuhr mit der Nahrung scheint aber nachgewiesen zu sein, obwohl das Absinken der Haemoglobin-Erythrozyten-Werte im Blut der Schwangeren, in der Regel als Anaemie gedeutet, in Wirklichkeit auf einer Zunahme des Plasmavolumens beruht; niedrige Serum-Eisen-Werte und niedrige Eisen-Bindungskapazität können deshalb nicht einfach als Eisen-Mangelsymptome aufgefasst werden. Bemühungen um Steigerungen des Haemoglobin- und Erythrozyten-Gehaltes sind bei gesunden Schwangeren deshalb überflüssig. Vor allen anderen Massnahmen (Einnahme von Traubenzucker, "Aufbaugeschänken", Rotwein mit Ei usw.) oder von durch geldgierige Geschäftemacher angebotene Präparate (Frauengold, Herzpunkt usw.) wurde abgeraten, da sie unnötig oder sogar wertlos sind.

Die Erfahrung lehrt: Je mehr Vorschriften man gibt, desto unvollkommener werden sie eingehalten - jedenfalls von der grossen Mehrzahl der Menschen. Schon aus dieser Überlegung heraus müssen Kostvorschriften auf ein Mindestmass beschränkt werden. Warum will man der gesunden Schwangeren die scharfen Gewürze, die Eier oder ein Glas Sekt verbieten? Je grösser die Zahl der Verbote, desto grösser auch die Angst vor den Gefahren einer Schwangerschaft für Mutter und Kind. Die Gravidität ist nicht die geeignete Zeit für rigorose Umstellungen der Lebensführung. Sie ist ein Lebensgeschehen, das nichts mit Krankheit zu tun hat und das man nicht durch unnötige Gebote und Verbote zu etwas Krankhaftem stempeln sollte.

Eine weitere Frage interessierte noch bei meinen Erhebungen, ausgehend von der Tatsache der vielfachen Erschütterung des Gleichgewichtszustandes des autonomen-vegetativen Nervensystems in der Schwangerschaft, wie sie oben in ihren verschiedensten Erscheinungsformen immer wieder erwähnt wurden: Wurden neben oben angegebenen Massnahmen der Frauen überhaupt Medikamente, welche und in wie grossem Ausmass eingenommen? Sie wurde schon auf Seite 9 von mir eindeutig beantwortet: Die Veröffentlichungen in der Laienpresse und illustrierten Zeitschriften über das Contergan und verschiedene Piperazine und deren angebliche embryotoxische Wirkungen haben u. a. bewirkt, dass so gut wie keine Medikamente mehr, und seien es nur die harmlosesten Sedativa, ge-

nommen werden, um ja allen eventuellen Schädigungen des zu erwartenden Kindes vorzubeugen, zumindest, um sich allen späteren Selbstvorwürfen zu entziehen. Und wenn man als Arzt meint, doch gegen verschiedenste sehr heftige und lästige Beschwerden und Erscheinungen medikamentös etwas unternehmen zu müssen, stellt man nicht selten hinterher fest, dass das verordnete Medikament nicht genommen wurde, weil die Angst der Patientin vor Schädigungen der Frucht grösser war als der gut gemeinte ärztliche Rat.

Aus allen bisher berührten Themen (und es gibt deren noch viel mehr) ist wohl klar ersichtlich, wie wichtig gerade die frühe und die wiederholte Untersuchung und Beratung der werdenden Mutter ist. Nur auf diesem Weg ist das von zahlreichen Frauenärzten seit Jahren angestrebte Ziel der Erkennung der Fröhschäden und der Verhütung mütterlicher und kindlicher Erkrankungen zu erreichen.

Die folgende Tabelle

TABELLE VIII

Art der ärztlichen Consultation
Gesamtzahl der Fälle: 207

zum Hausarzt		zum Frauenarzt	
75		132	
m. I/II	ab m. VI	m. I/II	ab m. VI
70	5	115	17

kann zwar nicht feststellen, welche Prozentzahl der Schwangeren den Arzt aufsucht, zeigt aber doch deutlich, dass abgesehen von einem kleinen Teil schon erfahrener Mehrgravider der Grossteil schon zu Beginn der Schwangerschaft ärztlichen Rat in Anspruch nimmt. Es darf aber andererseits kein Zweifel darüber bestehen, so gross und wertvoll die bisherigen Leistungen auf diesem Gebiet sind, sie noch bedeutend ausbaufähiger sind bzw. wesentlich weiterer Verbreitung, insbesondere auf dem Land und in kleinen Städten bedürfen, schon wenn man das Gebiet der noch wenig verbreiteten Schwangerengymnastik und der Körperpflege betrachtet, ganz abgesehen von den notwendigen Massnahmen zur Verringerung der Neugeborenen-Sterblichkeit.

Abschliessend kann zu unserem Thema gesagt werden, dass der Arzt die grosse kulturelle Aufgabe, die ihm bei einer bewussten Ernährungslenkung zukommt, erfüllt hat. Die intensiven wissenschaftlichen Forschungen auf dem Gebiet der Nahrungsprobleme in den vier letzten Jahrzehnten und die intensive Aufklärung

der Bevölkerung haben bewirkt, dass sich die werdende Mutter bei uns ihrer Pflicht für die kommende Generation mehr denn je bewusst ist, und dass Behauptungen über Alkohol- und Nikotinabusus der jungen Frauen bzw. daraus entstandener Schäden kritiklos und falsch aufgestellt wurden. Allerdings haben wir alle Gefahren auf diesem Gebiet nicht hinter uns und weitgehende Aufklärung erscheint mehr als angebracht.

IV. ZUSAMMENFASSUNG

Die in den letzten Jahren in Presse und auch in der Fachliteratur auftauchenden Meldungen über den ständig zunehmenden Alkohol- und Nikotinkonsum in Deutschland und seine schädlichen Folgen auf das weibliche Geschlecht, besonders in der Schwangerschaft wurde an einem ausgesuchten Patientenmaterial geprüft und zu beweisen versucht, dass sich die werdende Mutter bei uns in Oberbayern ihrer Pflicht für die kommende Generation bewusst ist und dass Behauptungen über Genussmittelabusus der jungen Frauen bzw. daraus entstandener Schäden kritiklos und falsch aufgestellt wurden.

V. LITERATURVERZEICHNIS

- 1 Baisch, K., Ernährung und Hygiene der Frau innerhalb und ausserhalb der Schwangerschaft (Handbuch der Frauenheilkunde, Seitz-Amreich, allg. Teil I)
- 2 Documenta Geigy,
Wissenschaftl. Tabellen 6. Aufl.
- 3 Gaetgens, G., Grundlagen der Schwangeren-Ernährung,
Verlag: Steinkopf
- 4 Gaetgens, G., Der Vitaminhaushalt in der Schwangerschaft,
Verlag: Steinkopf
- 5 Glatzel,
Schwangerenernährung
DMW 47/62
- 6 Guggisberg, H., Vitamine und ihre Beziehungen zur Fortpflanzung
(Seitz-Amreich, allg. Teil II)
7. Heupke, W., Der Stoffwechsel der Frau
(Seitz-Amreich, allg. Teil II)
- 8 Hildebrandt, Der Vitaminstoffwechsel in der Schwangerschaft,
Wissenschaftl. Verlagsges., Stuttgart 1951
- 9 Hummel, F.C., Sternberger, H.A., Hunscher usw.
J. Nutr. 11 (1936, S. 235)
- 10 Hüssy,
Die Schwangerschaft,
Enke-Verlag, Stuttgart
- 11 Jores,
Arzt, Tabak, Alkohol
(Deutsches Ärzteblatt 13/64)
- 12 Macy, Hunscher usw.
Ausnutzung von Kalzium und Phosphor in der Schwangerschaft,
Ref. Ber. Gynäk. 20 (1931): 80
- 13 Mauss,
Arzneimittelverbrauch in der Schwangerschaft nach Aufklärung der Thalidomid-Embryopathie,
DMW 8/64
- 14 Stähler,
B-Hypovitaminose in der Gravidität
Münch. Med. Wochenschrift 1937/9

- 15 Stöckel, Lehrbuch der Geburtshilfe
- 16 Toverud, K. U.,
 Nat. Res. Counc. Washington, Bull. Nr. 123 (1950)

Herrn Prof. Dr. K. Stuhlfauth danke ich für die Überlas-
sung des Themas und bin ihm für die stets gewährte
Hilfe zu grossem Dank verpflichtet.

VI. 'LEBENS LAUF

Am 15. Februar 1904 wurde ich, Horst, Günther Pöhla als zweites Kind des Kaufmanns Rudolf Pöhla und seiner Ehefrau Olga, geb. Rüster in Berlin geboren.

Ab 1911 besuchte ich die Vorschule des Jahn-Realgymnasiums in Berlin-Lichtenberg und blieb dort bis zum 1923 bestandenen Abitur.

Zuerst widmete ich mich auf der Technischen Hochschule Charlottenburg 4 Semester dem Chemiestudium, das mich aber nicht befriedigte und das ich auch aus finanziellen Gründen (Folge der Inflation 1923) abbrechen musste, um in der Industrie Geld für Lebensunterhalt und das ersehnte Medizinstudium zu schaffen. Als die finanziellen Voraussetzungen dazu geschaffen waren, begann ich damit auf der Universität Berlin, legte 1933 die ärztliche Vorprüfung an der Universität Greifswald und 1937 das Medizinische Staatsexamen an der Universität München ab.

Nach Ableistung der Medizinalpraktikantenzeit und erfolgter Approbation war ich zuerst Vol. Ass. und später Assistent an der I. Universitäts-Frauenklinik München, ging dann später als Assistent an die Gynaekologische- und Geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses Heidenau/Sa., wurde dort Oberarzt und blieb bis zum Eintreffen der russ. Armee im Mai 1945. Anfang 1946 durfte ich mich dann in München als Facharzt für Frauenkrankheiten niederlassen, als der ich heute (und seit 1946 gleichzeitig als Belegarzt an der Haasklinik) tätig bin.

